

реакции желез на действие раздражителя. Восстановление нормальной проницаемости железистых клеток желудка после действия раздражителя (в периоде «последовательной секреции») указывает на обратимость имеющихся нарушений в железистом аппарате желудка.

Мы совместно с инж. Л. И. Шабуниним сконструировали оригинальный электрогастрограф по принципу Чаговца — Венчикова для регистрации электрических потенциалов желудка, отражающих его моторику.

У больных язвенной болезнью, особенно с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке, чаще наблюдались «гиперкинетические» типы моторики — так называемые «пики» и возбужденная, аритмичная («беспорядочная») моторика. При раке желудка и хронических гастритах преобладал «беспорядочный» умеренно-возбудимый (с меньшей амплитудой) и «спокойный» — акинетический тип моторики желудка. Под влиянием лечения отмечалась выраженная тенденция к «нормализации» моторной деятельности желудка — увеличивалось число случаев с ритмичным, умеренно-возбудимым («нормокинетическим») и спокойным («акинетическим») типами моторики.

УДК 616. 342—616—002. 45

Р. А. Малингер (Казань). Повторная перфорация язвы двенадцатиперстной кишки

К., 64 лет, поступил 18/V 1962 г. с диагнозом: перфоративная язва двенадцатиперстной кишки. На операции перфоративное отверстие закрыто сальником на ножке. Послеоперационный период прошел гладко. Около 2 лет после операции больной жаловался на боли в желудке, лечился у терапевта.

3/III 1964 г. поступил повторно с перфорацией язвы. При операции на передней стенке двенадцатиперстной кишки обнаружено прободное отверстие диаметром 0,5 см, края перфорировавшей язвы каллезные, вокруг — воспалительная инфильтрация. Произведена резекция двух третей желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера — Финстерера с применением сшивающего аппарата УКЛ.

Послеоперационное течение гладкое. Выписан на 25-й день. Наблюдается в течение года. Жалоб нет.

УДК 616. 33—002. 44—615. 7

А. М. Сарванов (Хабаровск). Сравнительная оценка некоторых методов консервативного лечения язвенной болезни

Наиболее обнадеживающие результаты получены у больных, леченных эстрогенами. У 56 из 62 больных этой группы наступало заживление «ниши», нормализовалась экскреция, понизились переваривающая способность и кислотность желудочного содержимого. При лечении молоком (ежедневное орошение желудка капельно 1000 мл) рубцевание «ниши» было отмечено у 4 из 22 больных, ганглиоблокаторами — у 8 из 24, атропином, бромидами, новокаином, витамином В₁ — у 4 из 18, при терапии сном — у 18 из 31 больного.

Эстрогены снижают секрецию соляной кислоты, расширяют сосуды слизистой желудка, оказывают прямое эпителиотропное и не прямое спазмолитическое действие на стенку желудка.

УДК 616. 3—615. 7

Е. П. Мухин (Новосибирская область). Опыт применения гексония при некоторых заболеваниях желудочно-кишечного тракта

Бензогексоний или гексаметон мы вводим как парентерально, так и перорально, в постепенно возрастающих дозировках, 3 раза в день (от 0,3 до 1,2 в сутки), в сочетании с внутривенными вливаниями 10% раствора бромистого натрия, приемами щелочных смесей и соблюдением диеты. При повторных курсах или при продлении курса дозы гексония приходится увеличивать в 2—3 раза ввиду «привыкания». У трех больных отмечено небольшое головокружение и расширение зрачков после первых внутримышечных инъекций гексаметона (эти явления прекратились после 3—4-й инъекции).

Курс лечения — 5—6 недель. Спустя 1—3 недели от начала лечения значительное уменьшение или исчезновение болей наступило у 42 из 48 больных, снижение или нормализация кислотности желудочного сока — у 36 из 45, рубцевание язвы при рентгенологическом контроле обнаружено у 15, уменьшение размеров язвы у 9 из 32, имевших до начала лечения симптом «ниши». У ряда больных отмечено уменьшение неврастенических проявлений. У 4 чел. исчез длительный спазм привратника, симулировавший органический язвенный стеноз.

При гиперацидном гастрите сроки лечения по приведенной выше схеме составляли 10—15 дней. Прекращение болей отмечено всеми 23 больными. У ряда больных уменьшились боли и изжога со второго дня лечения. Снижение кислотности желудоч-

ного сока наступило у 11, а нормализация — у 12 чел. Длительность ремиссии — от 6 месяцев до двух лет.

При гипо- и анацидных гастритах результаты лечения хуже. Улучшение (значительное уменьшение или исчезновение болей) наблюдалось лишь у 5 из 14 больных, а при анализах желудочного сока и рентгеноскопии после проведенного лечения были получены исходные данные. У 2 из 6 больных, страдавших периодическими поносами, наступила временная нормализация стула.

Изменения со стороны печени и желчевыводящих путей обнаружены у 20 наших больных. После лечения гексонием нормализация дуоденального содержимого и исчезновение болевых симптомов поражения печени отмечены у 11.

УДК 616. 935—615. 370. 96

С. Б. Перельштейн (Казань). Отдаленные результаты применения адаптированного поливалентного дизентерийного бактериофага при дизентерии

Нами прослежены отдаленные результаты лечения 204 больных острой и 111 больных хронической дизентерией (см. Казанский мед. ж., 1961, 5).

179 больных перенесли легкую форму острой дизентерии, 25 — средне-тяжелую. У 71 диагноз был подтвержден бактериологически.

Мы осмотрели 118 реконвалесцентов. 25 чел. были осмотрены врачами кабинетов по кишечным инфекциям. У 61 были использованы данные диспансерных карт. Продолжительность наблюдений у 10 чел. составила 3—5 месяцев, у 46 — от 6 до 9 месяцев, у 17 — 10—12 месяцев, у 131 — свыше года.

У 197 больных после бактериофаготерапии установился стойкий нормальный стул. У реконвалесцентов в течение всего периода наблюдений не отмечалось кишечных расстройств. Согласно данным амбулаторных карт, 46 реконвалесцентов в порядке диспансеризации были подвергнуты ректороманоскопии, при которой не было обнаружено изменений слизистой толстого кишечника. Бактериологические анализы испражнений были отрицательными.

Из 204 больных у 6 наблюдался переход острой дизентерии в хроническую, у 1 наступило обострение острой дизентерии. Выздоровление достигнуто у 197 больных.

У 94 больных наблюдалась рецидивная форма хронической дизентерии, у 17 — непрерывная. Дизентерийный возбудитель до начала лечения был выделен у 37. Наблюдения над больными хронической дизентерией проводились нами преимущественно путем личного осмотра (94 чел.). В 6 случаях мы использовали данные осмотра врачей кабинетов по кишечным инфекциям, в 11 — диспансерные карты больных.

Продолжительность наблюдения после выписки из больницы у 6 больных составила 3—6 мес., у 5 — 7—11 мес., у 43 — 1—1,5 года, у 57 — свыше 1,5 лет.

У 28 чел. после выписки наблюдались обострения и рецидивы, у 11 — различной продолжительности явления дисфункции кишечника — учащенный до 2—3 раз в день кашицеобразный, иногда жидкий стул без патологических примесей. Указанные кишечные расстройства были связаны в большинстве случаев с погрешностями в питании (употребление алкоголя, закусок и т. д.).

У 72 чел. обострений и рецидивов не наблюдалось. При ректороманоскопии (59 чел.) патологических изменений слизистой толстого кишечника, за исключением остаточных явлений катара у одного реконвалесцента, нами не обнаружено. Отрицательными были бактериологические анализы содержимого, взятого со слизистой при ректороманоскопии.

У 4 чел. через 1—1,5 года после выписки из больницы вновь возник частый слизистый или слизисто-кровянистый стул. Эти заболевания, наблюдавшиеся через столь продолжительный период времени, явились, по-видимому, результатом реинфекции, и поэтому их не следует связывать с перенесенной ранее дизентерией.

Оценивая полученные нами данные отдаленных результатов лечения больных хронической дизентерией, необходимо отметить, что применение адаптированного дизентерийного бактериофага в комплексном лечении у одной трети больных все же не принесло выздоровления.

Выводы

1. Клинические наблюдения и изучение отдаленных результатов бактериофаготерапии взрослых больных хронической дизентерией, проведенные впервые, и наблюдения над значительным контингентом больных острой дизентерией позволили установить принципиальную возможность лечения не только острой, но и хронической дизентерии адаптированным дизентерийным бактериофагом.

2. Наши исследования позволяют также сделать вывод, что необходимо возобновить производство адаптированного дизентерийного бактериофага, которое было прекращено в 1959 г., и продолжить изыскания с целью дальнейшего усовершенствования этого высокоэффективного препарата.